

CSO/WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

التوقف عن العمل
Stop Work

القسم 1: قم بإكمال هذا القسم قبل أخذه لعملك الذي انتهى.

Department of Social and Health Services بالتوقيع على هذا النموذج، أصرح لصاحب عملي بإكمال هذا النموذج لـ

التوقيع	التاريخ	الرجاء كتابة اسمك بحروف واضحة هنا
---------	---------	-----------------------------------

اسم الشركة

عنوان الشركة: عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
----------------------------	---------	---------	---------------

القسم 2: الشخص الذي يقوم بإكمال هذا القسم هو الشخص في الشركة الذي يعرف معلومات الوظيفة والأجر.

1- ما هو آخر تاريخ عمل فيه الموظف؟

2- مبلغ الراتب النهائي (قبل خصم الضرائب): _____ دولار تاريخ تسلمه: _____

قم بإدراج المبالغ (قبل خصم الضرائب) التي تسلمها وتواريخ شيكات الراتب الأخرى التي تسلمها في نفس شهر شيك الراتب النهائي:

المبلغ الذي تسلمه (قبل خصم الضرائب) تاريخ الاستلام

_____ دولار	_____

3- لماذا انتهت هذه الوظيفة؟

عدم وجود عمل كان العمل مؤقتا / موسميا تم تسريحه

في أجازة (مثل أجازة غياب، أو أجازة أمومة). هل هي: مدفوعة غير مدفوعة

إذا كانت مدفوعة، ما هو المبلغ الذي يدفع للموظف: _____ دولار

متى يتوقع عودة الموظف؟ _____

خلافه: _____

4- هل سوف يتلقى الموظف أي تعويض عن إنهاء الخدمة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم: متى سوف يتم تسلمه؟ _____ كم سيكون؟ _____ دولار

5- هل يمكن للموظف الحصول على مبالغ نقدية مقابل الأجازات والأجازات المرضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم: متى سوف يتم تسلمها؟ _____ كم ستكون؟ _____ دولار

6- هل يمكن للموظف سحب مبالغ تقاعد/معاش/ 401K؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم: متى سوف يتم تسلمها؟ _____ كم ستكون؟ _____ دولار

الرجاء تقديم ما يلي في حالة احتياجنا للاتصال بك:

التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
---------	---------	------------

اكتب اسمك بحروف واضحة هنا الوظيفة / اللقب الوظيفي

الرجاء إرسال النموذج المكمل إلى DSHS عن طريق الفاكس إلى: 1-888-338-7410